

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

1

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LAGASQUIE

Né à Marcellac (Lot), le 5 février 1903
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

sur les

Circulaires du Cordon ombilical
et leurs complications

Travail de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LAGASQUIE

Né à Marcillac (Lot), le 5 février 1903
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

sur les

Circulaires du Cordon ombilical
et leurs complications

Travail de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
BINET Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRULÉ Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . . Histologie.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expériment^{le}
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.
HUTINEL . . . Pathologie médicale.
I. de JONG . . Anatomie pathologique

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . . Pathologie mentale.
LIAN. . . . Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
METZGER . . Obstétrique.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale,
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
PHILIBERT. . Bactériologie.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et syphi-
lographie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie
VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTGER. . Histologie.
TANON. . . Pathologie médicale.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.
LEREBOULLET . Clinique médicale in-
 fantile.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique. Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Mort au Champ d'Honneur

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

**Professeur de Clinique Obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur**

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse .*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

*Qui nous a inspiré ce travail.
Avec toute notre gratitude pour le
précieux enseignement qu'il nous
prodigua toujours avec la plus
grande amabilité.*

A TOUS NOS MAITRES DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Il y a diverses opinions concernant les circulaires du cordon ombilical.

A une extrémité de ces opinions, on tend à les absoudre de toute malfaisance.

A l'autre extrémité au contraire, on tend peut-être à exagérer la noirceur du tableau de leurs méfaits.

Partis, quant à nous, sans idée préconçue, nous avons cherché à nous faire une opinion uniquement d'après l'étude des faits observés par nous-même.

Notre travail porte sur quatre années à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, et plus spécialement sur les années 1926 et 1927. Au cours de ces deux dernières années, sur 3.5000 accouchements environ, nous avons relevé 241 cas de circulaires du cordon.

Nous étudierons d'abord rapidement leur étiologie, leur symptomatologie, assez obscure, et nous insisterons sur les complications qui peuvent en résulter, soit au cours de la grossesse, soit surtout au moment de l'accouchement. Nous dirons un mot sur leur traitement et leur pronostic. Nous tirerons alors de cette étude, les conclusions qui nous semblent les plus logiques.

ÉTUDE

sur les

Circulaires du Cordon ombilical

et leurs complications

INTRODUCTION

Définition. — On appelle « circulaire » tout enroulement du cordon ombilical autour du cou, du tronc ou des membres du fœtus.

Fréquence. — C'est une complication extrêmement fréquente en obstétrique. Certains auteurs disent qu'il y a circulaire du cordon 1 accouchement sur 5 ; d'autres vont jusqu'à 10.

Quant à nous, sur 3.500 accouchements environ, nous avons noté 241 circulaires, ce qui se rapproche davantage du dernier chiffre.

Les circulaires du cou sont les plus fréquents de beaucoup.

Ensuite viennent les circulaires :

Du cou et des membres.

Du cou et du tronc.

Des membres seuls, qu'on rencontre sensiblement le même nombre de fois.

Enfin du tronc seul, qui sont les moins fréquents

Sur ces 241 circulaires : 96 étaient serrés, 131 non serrés ou lâches.

Notons pour terminer : 11 cas où le cordon décrivait 3 tours autour du cou, 3 cas où il en décrivait 4.

ÉTIOLOGIE

On a cité diverses causes pouvant entraîner la formation de circulaires.

Celle qui est la plus généralement admise est la longueur anormale de la tige funiculaire. Il semble bien, d'après nos propres observations, que ce soit effectivement la plus fréquente et nous nous rangeons absolument à cette opinion.

Mais nous avons voulu signaler deux ordres de faits qui nous ont paru coïncider fréquemment (d'une manière relative bien entendu) avec les circulaires.

Ce sont :

a) L'étroitesse du bassin, sans que nous en voyions bien nettement la raison.

b) Surtout *l'hydramnios*, et l'explication nous en semble facile, étant donné la mobilité extrême du fœtus, en ce cas.

SYMPTOMATOLOGIE

A. — PENDANT LA GROSSESSE.

Il n'y a pas de signe de certitude, cette symptomatologie est très vague ; en fait, elle est nulle.

Signalons rapidement deux signes très incertains :

Diminution des mouvements du fœtus.

Apparition d'un souffle fœtal.

A côté de ces signes, deux autres signes plus importants :

a) *Existence d'une douleur persistante en un point fixe* de l'utérus (insertion placentaire). C'est un signe que nous n'avons jamais rencontré.

b) *La situation élevée du fœtus*, en particulier chez la primipare le non engagement de la tête au cours du dernier mois. C'est un fait que nous avons constaté et sur lequel nous reviendrons plus loin.

B. — AU COURS DU TRAVAIL.

L'étude de la symptomatologie des circulaires se confond, somme toute, avec celle de leurs complications et nous n'insisterons pas, voulant éviter de nous répéter.

Signalons toutefois un signe dont on a beaucoup parlé, et qui serait le retrait successif de la tête apparaissant à la vulve puis ramenée en arrière par un cordon trop bref.

INFLUENCE DES CIRCULAIRES

A. — INFLUENCE AU COURS DE LA GROSSESSE.

Signalons rapidement la difficulté apportée à la version par manœuvres externes, dont nous avons rencontré deux exemples au cours de nos recherches.

Les amputations congénitales dues aux circulaires des membres semblent être des raretés pathologiques.

La brièveté accidentelle du cordon pourrait, dit-on, être cause du décollement prématuré du placenta. Nous avons trouvé des fœtus mort-nés, porteurs de circulaires, dont la mort était due au décollement placentaire, mais toujours la femme était albuminurique et fortement hypertendue. Aussi nous a-t-il semblé plus logique de mettre cela sur le compte de l'albuminurie gravidique.

Nous avons déjà parlé de ces cas où la présentation reste haute, le fœtus ne s'engageant pas au cours du dernier mois de la grossesse chez une primipare. Nous en avons rencontré plusieurs cas.

Voici deux observations.

OBSERVATION I

Mme D..., n° 174. Année 1927.

Primipare âgée de 29 ans.

Rien à signaler dans les antécédents.

Dernières règles le 30 avril 1926.

Examen du 21 décembre 1926 :

Grossesse de 8 mois environ.

Tête en bas, mobile. Dos à gauche.

Auscultation : positive.

Bassin normal.

Urines normales.

Examen du 19 janvier 1927 :

Tête en bas tendant à se fixer [(?)]. Dos à gauche.

Auscultation : positive.

Col long, non perméable.

Urines normales.

Examen du 21 janvier :

Tête en bas, *très mobile*. Dos à gauche.

Auscultation : positive.

Poche des eaux rompue à 10 heures.

Col presque effacé, lenticulaire.

Oedème sus-pubien.

Pouls : 80. Cœur régulier. Premier bruit sourd.

Tension artérielle au Vaquez : 17,5 — 11.

Le 22 janvier, l'accouchement a eu lieu, normalement.

L'enfant avait un circulaire lâche, facilement passé par-dessus l'épaule.

La longueur du cordon était de 57 centimètres.

OBSERVATION II

Mme B... n° 303. Année 1927.

Primipare âgée de 30 ans.

Rien à signaler dans les antécédents.

Grossesse normale.

Examen du 3 février 1927 :

Tête en bas, *mobile*. Dos à gauche.

Auscultation : positive.

Léger excès de liquide.

Bassin normal.

Urines normales

Le 13 février 1927. Apparition des premières douleurs.

Admission à Lariboisière.

Le 13 février on note ceci :

Grossesse à terme.

Tête en bas, *mobile*.

Col diminué de longueur, perméable.

A 16 heures : dilatation lenticulaire.

Le 15 février : La tête est fixée. Dilatation : grande paume.

Le 15 février : Accouchement normal.

L'enfant avait deux circulaires serrés autour du cou, sectionnés entre deux pincés.

Longueur du cordon : 64 centimètres.

Nous arrivons maintenant à la grosse complication pendant la grossesse :

La mort du fœtus par strangulation. — Elle est

niée par certains auteurs. Ribemont-Dessaigne et Lepage donnent un bel exemple de ce fait dans leur traité d'obstétrique. Il s'agit d'un fœtus mort et macéré porteur de six circulaires très serrés autour du cou.

Personnellement, nous avons trouvé quelques cas de fœtus morts et macérés porteurs de circulaires. Dans tous les cas sauf un, étaient à incriminer, la syphilis ou l'albuminurie gravidique.

Par contre, nous avons noté un cas où la mort du fœtus ne semblait pas pouvoir être attribuée à une autre cause.

Il nous a paru intéressant d'en rapporter l'observation :

Garde du 18 au 19 juillet 1926 (n° 956).

Il s'agit d'une secundipare âgée de 28 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Première grossesse : normale. Enfant bien portant.

Grossesse actuelle : normale.

Bassin normal.

Date des dernières règles : le 24 octobre 1925.

A consulté le 16 juillet parce qu'elle ne sentait plus remuer.

On trouve :

Tête en bas, mobile.

Dos à gauche.

Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Grossesse près du terme.

Le 17 juillet à minuit : apparition des premières douleurs.

Le 18, à 16 heures : la dilatation est complète.

Lc 18 à 16 h. 10 : rupture des membranes. Ecoulement d'un liquide teinté.

Dégagement en occipito-pubienne, et à 16 h. 20, l'accouchement est terminé.

Il s'agit d'un fœtus mort et macéré porteur de 4 circulaires *très serrés* autour du cou. Dislocation complète des os du crâne.

Longueur du cordon : 1 m. 10.

A 17 heures : délivrance naturelle et complète.

Poids du fœtus : 2.450 grammes.

Poids du délivre : 400 grammes.

Il nous semble que dans ce cas, on peut imputer la mort du fœtus à sa strangulation par le cordon faisant 4 circulaires très serrés autour du cou. A ceux qui nous objecteraient la longueur de ce cordon : 1 m. 10, nous ferons remarquer que chaque circulaire rétrécit le cordon d'au moins 20 centimètres. Restent 30 centimètres auxquels il faut encore retrancher la distance de l'ombilic au cou de l'enfant et une seconde fois du cou de l'enfant à l'ombilic, pour avoir le raccourcissement réel.

B. — INFLUENCE SUR L'ACCOUCHEMENT.

C'est la partie la plus importante de notre travail.

Quelle va être l'influence des circulaires sur l'accouchement ?

Citons brièvement :

L'inversion utérine qui est une rareté dont la patho-

génie est très obscure. Au cours de nos recherches, qui, si elles ont plus spécialement porté sur les années 1926-1927, ont également porté sur les deux années précédentes, nous n'en avons pas observé un seul cas.

La rupture du cordon, en particulier dans la présentation du siège, le fœtus étant à cheval sur son cordon. Nous n'avons jamais observé de rupture du cordon.

On a dit que les tiraillements du cordon pouvaient être cause du décollement total ou partiel du placenta. Nous avons bien vu des cas où il y avait hémorragie après l'accouchement, mais c'était toujours après un accouchement laborieux. Aussi nous a-t-il paru plus logique d'incriminer l'inertie utérine. Il est vrai que les circulaires peuvent entraîner la lenteur du travail, on peut les incriminer indirectement.

Dans le même ordre d'idée, les tiraillements du cordon au cours de l'accouchement ne sont-ils pas une des grandes causes de la contracture utérine, et par suite, de la rétention placentaire ? Donc en cas de circulaires, par suite de la brièveté accidentelle du cordon, n'est-on pas exposé à cette complication ?

Partant de cette idée, nous avons fait des recherches et nous avons été assez heureux pour trouver une quinzaine de cas d'enchâtonnement placentaire par contracture utérine.

On a reproché également aux circulaires de favo-

riser les présentations anormales. Nous avons cherché à nous faire une opinion.

Nous envisagerons successivement les présentations du siège, de la face, des épaules.

a) *Présentation du siège.* — Sur 241 cas de circulaires, nous avons trouvé 15 cas de présentation par le siège (le plus souvent siège décomplété mode des fesses).

On admet généralement qu'on trouve un cas d'accouchement par le siège sur 60 accouchements. Nous sommes loin de cette proportion puisque nous trouvons un siège pour 17 accouchements. Il semble d'après cette statistique, indéniable qu'on puisse affirmer l'influence des circulaires sur les présentations du siège.

b) *Présentation de la face.* — Nous n'avons trouvé qu'un cas de présentation de la face sur nos 241 observations, ce qui est une proportion normale.

L'enfant présentait justement un circulaire lâche, mais la femme étant une primipare âgée, avec parties molles peu souples, M. Devraigne a pratiqué une césarienne basse, et nous n'avons pu ainsi vérifier l'opinion suivant laquelle les circulaires lâches du cordon sont particulièrement dangereux dans les présentations de la face, la tige funiculaire se trouvant coincée entre l'occiput et le dos.

c) *Présentation de l'épaule.* — Nous n'avons pas trouvé d'exemple de présentation de l'épaule au cours des années 1926-1927, il nous a fallu aller

jusqu'en 1925 pour en trouver un exemple. Ceci va à l'encontre de l'opinion suivant laquelle les circulaires du cordon auraient une influence sur la présentation de l'épaule.

Ajoutons un corollaire important à ce chapitre des présentations anormales.

Notre maître, M. Devraigne, est d'avis que dans les occipito-iliaques droites postérieures, les circulaires du cordon peuvent entraver la rotation antérieure, et entraîner une position de dégagement en occipito-sacrée.

Personnellement, nous avons trouvé 7 cas d'occipito-iliaque-droite-postérieure, n'ayant pas tourné, et s'étant dégagée en occipito-sacrée. Sur ces 7 cas nous en avons trouvé 5 en 1927, 2 seulement en 1926. Nous allons en rappeler brièvement les modalités :

Garde du 12 au 13 juin 1926 (n° 900).

2 circulaires serrés autour du cou.

Garde du 7 au 8 avril 1927.

Mme D..., un circulaire autour du cou.

Un autre autour de l'épaule.

Garde du 1^{er} au 2 septembre 1927 (n° 1185).

3 circulaires serrés autour du cou.

Garde du 21 au 22 septembre 1927 (n° 1695).

3 circulaires serrés autour du cou.

Garde du 13 au 14 septembre 1927.

Mme X..., un circulaire serré autour du cou.

Un autre autour de l'épaule.

Dans 2 cas, on a dû intervenir et faire une extraction de forceps.

Garde du 5 au 6 juin 1926.

Un circulaire serré.

Forceps sur sommet en occipito-sacrée pour lenteur de la période d'expulsion.

Garde du 10 au 11 septembre 1927.

Forceps sur sommet en occipito-sacrée pour fatigue maternelle et non progression de la tête.

Enfant : *mort-né*.

Un circulaire lâche autour du cou.

Longueur du cordon : 55 centimètres.

Les circulaires du cordon seraient également cause de lenteur du travail. Effectivement, dans nos observations nous avons trouvé de nombreux cas de lenteur du travail, et nous avons noté en particulier 14 cas où cette lenteur portait sur la période d'expulsion.

Ce dernier chapitre nous amène tout naturellement à cette question : le fœtus peut-il souffrir au cours du travail, du fait des circulaires ?

Cette souffrance étant due à 3 ordres de faits :

Lenteur du travail.

Compression du cordon.

Strangulation par un cordon trop serré.

Reportons nous à nos observations, qu'y trouvons nous ?

Dans 9 cas, les bruits du cœur ont été modifiés, en même temps que le liquide était teinté de méconium.

22 fois les bruits du cœur ont été modifiés.

20 fois le liquide amniotique était teinté de méconium.

16 fois l'enfant était né étonné.

20 fois, il était en état de mort apparente.

25 fois, enfin, on avait dû intervenir en faisant une application de forceps.

Nous ne songeons évidemment pas à attribuer tous ces cas de souffrance fœtale, aux seuls circulaires. C'est ainsi que nous éliminerons :

5 cas où il y avait rétrécissement du bassin.

5 cas où il s'agissait de primipares âgées.

3 cas où il s'agissait de multipares fatiguées.

A côté de ces cas que nous éliminons d'emblée, il en est d'autres où le doute est permis.

Il n'en reste pas moins de nombreux cas où les circulaires peuvent être incriminés.

En voici quelques-uns parmi les plus intéressants :

Garde du 3 janvier 1926 (n° 17)

Primipare de 24 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Grossesse normale. Près du terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la présentation : Siège en sacro-iliaque droite antérieure.

Premières douleurs le 2 à 23 h. 30.

Dilatation complète le 4 à 0 h. 30.

Rupture des membranes : prématurée.

Longueur de la période d'expulsion, 3 h. 30 sans progression de la présentation.

Les bruits du cœur deviennent incomptables et à 4 heures : on décide d'intervenir.

On met la malade en position de Devraigne-Descomp. Grande extraction du siège. Position de dégagement sacro-transverse. Relèvement des bras.

On extrait un enfant en état de mort apparente portant deux circulaires autour du cou.

Délivrance naturelle et complète.

Poids de l'enfant : 3.250 grammes.

Poids du délivre : 550 grammes.

Cet enfant n'a pu être ranimé qu'après une heure et demie de soins. Désobstruction des voies respiratoires. Insufflations. Bains chauds et froids. Frictions à l'alcool. Injections d'adrénaline intra-cardiaque.

Garde du 17 février 1926 (n° 235).

Il s'agit d'une primipare jeune.

Grossesse normale. A terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la présentation : sommet en occipito iliaque droite postérieure.

Premières douleurs le 17 à 2 heures du matin.

Dilatation complète à 23 h. 15.

Rupture des membranes à 13 h. 30. Ecoulement de liquide amniotique teinté du méconium.

Quelques minutes avant la sortie de l'enfant, on note une modification des bruits du cœur qui se ralentissent et deviennent sourds.

Le 18 à 0 h. 45, l'accouchement est terminé. Dégagement en occipito-pubienne.

Garçon né en état de *mort apparente*, portant un circlaire lâche autour du cou.

Il a pu être ranimé après cinquante minutes de soins.

Délivrance naturelle et complète.

Poids de l'enfant : 3.320 grammes.

Poids du délivre : 720 grammes.

A cause de ce dernier point on avait pensé à la syphilis, bien que rien d'autre, ni chez la mère, ni chez l'enfant n'ait donné droit à cette supposition. La réaction de Wassermann pratiquée par acquit de conscience a été négative.

Garde du 12 au 13 mars 1926 (n° 344).

Femme ayant eu deux avortements antérieurs.

Grossesse actuelle : normale. A terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la présentation : Sommet en occipito-iliaque gauche antérieure.

Premières douleurs, le 12 mars à 2 heures.

Dilatation complète à 17 h. 30.

Rupture des membranes le 12 mars à 2 heures.

A 19 h. 30 on décide d'intervenir pour les deux raisons suivantes :

a) Défaut de rotation de la tête.

b) Souffrance fœtale. (Modification des bruits du cœur).

On fait alors une application de forceps sur sommet et en gauche antérieure à la partie moyenne de l'excavation.

Dégagement en occipito-pubienne (épisiotomie).

Enfant né en état de mort apparente, avec 2 circulaires serrés autour du cou, sectionnés entre deux pinces.

On pratique les soins d'usage. Il crie après 20 minutes.

Délivrance naturelle et complète.

Poids de l'enfant : 3430 grammes.

Poids du délivre : 650 grammes.

Wassermann : négatif.

Nous bornerons là notre étude sur la souffrance fœtale avec circulaire du cordon. Nous aurions pu produire d'autres observations, mais nous préférons traiter en détail la question que nous allons aborder maintenant, et cette question est celle-ci :

Mort du fœtus occasionnée par les circulaires du cordon. — On l'a attribuée aux mêmes causes que celle de la souffrance fœtale, à savoir :

Lenteur du travail.

Compression du cordon.

Strangulation par le cordon trop serré.

Et tout d'abord les circulaires du cordon peuvent-ils, à eux seuls, être la cause de la mort du fœtus ?

Reportons-nous, suivant notre habitude, à nos observations. Pendant les années 1926-1927, sur 241 cas de circulaires, nous en avons noté 15 où l'enfant n'a pu être ranimé. Nous joindrons à ces 15 cas les 8 cas que nous avons trouvés en 1924. Soit en tout 23. Par contre, en 1925, nous n'en avons pas trouvé un seul. Nous étudierons chaque cas séparément, en commençant par ceux où les circulaires ne peuvent être mis en cause ; nous passerons ensuite à d'autres cas où le doute nous semble permis, pour terminer par ceux où il nous semble qu'on puisse franchement accuser les circulaires.

A. — Cas où les circulaires doivent être mis hors de cause.

Garde du 7 avril 1924 (n° 472).

Femme âgée de 34 ans. Un accouchement antérieur en 1916. Enfant vivant. Mort à l'âge de 4 ans, elle ne peut dire de quoi.

Antécédents. — Maladie de Basedow depuis 1922.

Tension artérielle au Vaquez :

Avant l'accouchement : 17,5-6.

Après l'accouchement : 15,5-6.

Grossesse actuelle. — Même procréateur.

Bassin normal.

Urines : albumineuses.

Date de la grossesse : 7 mois 1/2 environ.

Accouchement. — Siège décomplété, mode des fesses secondaires, en sacro-iliaque droite antérieure, dégagé en sacro-transverse.

Fille mort-née en état de rigidité cadavérique.

Porteuse d'un circulaire très serré autour du cou.

Délivrance naturelle et complète, le placenta s'étant présenté par sa face utérine.

Il s'agit, nous le voyons, d'un accouchement prématuré chez une femme ayant une maladie de Basedow ; fortement hypertendue, dont, de plus, les urines sont fortement albumineuses, et il est évident que dans ce cas, nous penserons d'abord à toutes ces choses avant de songer au circulaire.

Garde du 27 au 28 avril (n° 566).

Multipare de 39 ans, 3 accouchements antérieurs. Enfants vivants.

Il s'agit dans ce cas d'une présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieure.

Les membranes s'étant rompues et la dilatation n'étant pas complète, on pratiqua la version par manœuvres mixtes de Braxton-Hicks. Abaissement d'un pied.

Accouchement spontané en présentation du siège, d'une fille mort-née pesant 3.170 grammes.

Deux circulaires lâches autour du cou.

Longueur du cordon : 60 centimètres.

Ici la mort du fœtus nous paraît due à la présentation de l'épaule ayant nécessité la version de Braxton-Sicks.

Tout au plus pourrait-on incriminer les circulaires indirectement en admettant leur influence sur la présentation de l'épaule, ce qui ne semble pas résulter de nos statistiques.

Garde du 16 au 17 juillet 1924 (n° 934).

Il s'agit d'une primipare âgée de 39 ans.

Grossesse à terme. Bassin normal.

Les premières douleurs ont été ressenties le 14 juillet à 14 heures.

Le 17 juillet à 12 heures, on a dû intervenir pour non progression de la présentation. Femme épuisée.

Pouls à 140. Température 38°2.

On fait une application de Forceps Demelin, sur sommet en droite antérieure qui ramène un enfant mort-né n'ayant pu être ranimé.

Il pesait 4.050 grammes et avait :

2 circulaires autour du cou.

Longueur du cordon : 70 centimètres.

Nous voyons donc que le travail avait duré en tout soixante-dix heures. Accuserons-nous les cir-

culaires seuls d'avoir causé cela ? Non, car il s'agit d'une primipare âgée de 39 ans, et ce qui n'était pas pour faciliter les choses ; le fœtus pesait 4.050 gr.

Garde du 14 au 15 mai 1926 (n° 638).

Il s'agit d'une primipare âgée de 21 ans et présentant de la rigidité des parties molles.

Grossesse à terme. Bassin normal.

Diagnostic de la présentation : Sacro iliaque-gauche-antérieure.

Premières douleurs le 14 à 10 heures.

Rupture des membranes : prématurée.

Dilatation complète le 14 à 18 heures.

Terminaison de l'accouchement le 15 à 0 h. 30. (Relèvement du bras au cours de l'expulsion).

Durée de la période d'expulsion : 6 h. 30.

Enfant mort-né pesant 3.570 grammes.

Un circulaire serré autour du cou.

La mort du fœtus qui est vraisemblablement due à la longueur de la période d'expulsion, nous semble suffisamment expliquée par la rigidité des parties molles chez cette primipare.

Tout au plus pourrait-on accuser les circulaires d'une façon indirecte puisqu'il s'agit d'une présentation du siège, présentation qu'ils semblent favoriser d'après nos statistiques.

Garde du 2 au 30 novembre 1926.

Il s'agit d'une femme très albuminurique, hypertendue.

Les bruits du cœur n'avaient pas été perçus à l'arrivée à la salle de travail.

Le fœtus avait deux circulaires serrés autour du cou.

Garde du 25 au 26 janvier 1927 (n° 161).

Un accouchement antérieur en 1924. Enfant bien portant.

En janvier 1925 : un avortement de cinq mois environ.

Le 24 janvier à 16 heures, la femme entre à la Maternité, prise des premières douleurs.

Examen : Tête en bas, mobile. Dos à droite.

Auscultation : positive.

Col incomplètement effacé. Poche des eaux qui bombe.

Le 24 à 23 h. 30 : L'auscultation est devenue négative subitement, sans qu'on ait pu constater auparavant des modifications dans les bruits fœtaux.

Le 24 à 23 h. 55 : Rupture spontanée de la poche des eaux.

Liquide amniotique teinté.

Le 25 à 1 h. 25 : Dilatation complète.

A 1 h. 50 : Accouchement naturel à terme d'une enfant née en état de mort apparente, impossible à ravimer.

Poids de l'enfant : 2520 grammes.

L'enfant avait un circulaire lâche autour du cou.

Longueur du cordon : 58 centimètres.

Il présentait : une déviation de la bouche à gauche, une hémorragie sous-conjonctivale.

La ponction lombaire pratiquée ramène un liquide rachidien teinté.

Il avait vraisemblablement succombé à une hémorragie méningée.

Garde du 13 au 14 février 1927 (n° 289).

Il s'agit d'une primipare âgée de 37 ans.

Grossesse de 8 m. 1/2 environ.

Bassin normal.

Urines : albumineuses.

Diagnostic de la position : Occipito-iliaque droite postérieure.

Apparition des premières douleurs : le 13 à 18 heures.

Rupture des membranes : artificielle le 13 à 23 heures.

Dilatation complète : le 13 à 23 heures.

Le 14 à 20 h. 50 : c'est-à-dire onze heures cinquante après dilatation complète.

Le pouls maternel battant à 140, les bruits du cœur fœtal devenant incomptables, un hématome vulvo-vaginal de la grande lèvre droite étant en train de se former, on intervient par une application de forceps qui extrait :

Un enfant mort-né de 2.770 grammes, porteur de : deux circulaires lâches autour du cou.

Somme toute, la mort du fœtus doit être mise sur le compte de la lenteur de la période d'expulsion, celle-ci étant due aux mauvaises parties molles d'une primipare âgée.

Garde du 14 au 15 février 1927 (n° 298).

Application de forceps Tarnier sur sommet mal fléchi, en occipito-iliaque droite antérieure, pour défaut de progression de la tête dans un bassin juxtaminor et liquide amniotique fortement teinté de méconium. Enfant mort né n'ayant pu être ranimé après une heure de soins usuels.

Un circulaire lâche autour du cou.

Il est évident que dans ce cas on songera à incriminer le bassin juxtaminor avant le circulaire lâche du cordon.

B. — Nous allons maintenant passer aux cas où il nous semble que les circulaires peuvent être incriminés, tout en formulant des réserves.

Garde du 27 au 28 juin 1924 (n° 841).

La femme en est à sa deuxième grossesse. Un accouchement antérieur en 1923. Enfant bien portant.

Grossesse actuelle :

Examen : Grossesse de huit mois environ.

Placenta prævia centro-partiel.

Position : occipito-iliaque droite postérieure.

Premières douleurs : le 27 à 5 heures.

Le 27 à 9 h. 45 : Rupture artificielle large des membranes.

Le 27 à 14 heures : La dilatation est complète et à 14 h. 15 :
Accouchement spontané d'un garçon mort-né pesant 2.330 grammes.

Un circulaire lâche autour du cou.

Quelques minutes avant l'accouchement les bruits du cœur s'étaient subitement modifiés.

Somme toute, n'était le placenta prævia centropartiel, qui n'a du reste gêné en rien la marche de l'accouchement, on pourrait conclure formellement à la responsabilité du circulaire lâche.

Garde du 12 juin 1926 (n° 754).

Il s'agit d'une primipare âgée de 24 ans dont la grossesse n'a pas été suivie dans le service.

A son entrée à la salle de travail, ses urines étaient légèrement albumineuses.

Grossesse normale. Bassin normal.

Diagnostic de la présentation : Occipito-iliaque gauche antérieure.

Date des premières douleurs : le 11 à 20 heures.

Rupture des membranes : le 12 à 3 heures.

Dilatation complète : le 12 à 18 heures, et à 18 h. 30 expulsion spontanée d'un enfant mort-né, pesant 3.780 grammes.

Un circulaire serré autour du cou.

Poids du délivre : 780 grammes.

Somme toute, on ne peut conclure fermement en faveur du circulaire pour les deux raisons suivantes :

a) Traces d'albumine dans les urines.

b) Poids du placenta : 780 grammes qui peut faire soupçonner l'infection syphilitique.

Garde du 9 au 10 novembre 1926 (n° 1703).

Il s'agit d'une primipare jeune.

Grossesse normale. A termé.

Bassin normal.

Diagnostic de la position : Occipito-iliaque droite postérieure.

Premières douleurs : le 7 à 22 heures.

Rupture des membranes : artificielle le 9 à 21 h. 30.

Dilatation complète : à la même heure.

Terminaison de l'accouchement le 10 à 3 h. 15.

Enfant ayant fait une inspiration. N'a pu être ranimé.

Bruits du cœur perçus jusqu'au bout.

Un circulaire serré autour du cou.

Chevauchement des pariétaux. Bipariétal : 8 cm. 5.

En résumé : lenteur du travail chez une primipare.

Le bassin est-il vraiment normal ? On peut en douter étant donné : le chevauchement des pariétaux.

La diminution du diamètre bi-pariétal.

Garde du 27 mai 1924 (n° 934).

Il s'agit d'une primipare âgée de 27 ans.

Grossesse normale. Au terme de 8 mois 1/2 environ.

Bassin normal.

Diagnostic de la position : *Siège* en S.I.D.P.

Apparition des premières douleurs : le 27 à 11 heures.

Rupture des membranes : prématurée à 9 h. 20.

Dilatation complète à 23 heures.

Terminaison de l'accouchement spontané à 23 h. 20.

Double épisiotomie pour amorce de déchirure centrale du périnée. Dégagement en sacro-transverse.

Enfant mort-né pesant 2950 grammes.

Un circulaire lâche autour du cou.

En somme, on pourrait incriminer formellement le circulaire, n'était le fait d'une amorce de déchirure centrale du périnée ayant nécessité une double épisiotomie, et qui semble indiquer des parties molles peu souples chez une primipare.

Garde du 29 au 30 mai, 1927 (n° 942).

Primipare jeune.

Grossesse normale. A terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la présentation: Sommet en occipito-iliaque droite postérieure.

Apparition des premières douleurs : le 29 à 6 h. 30.

A son arrivée à la Maternité, à 10 h. 45, les bruits du cœur ne sont pas perçus. Col effacé et fermé. La femme dit avoir senti remuer vers minuit.

A 12 heures : Auscultation nulle.

A 16 heures rupture spontanée des membranes. Liquide amniotique, purée de méconium. La femme pousse, la tête apparaît à la vulve et :

A 16 h. 20, expulsion spontanée d'un enfant mort-né.

Pesant 3,300 grammes.

Un circulaire lâche autour du cou.

Longueur du cordon : 65 centimètres.

La pathogénie de cet accident nous paraît assez obscure. Réaction de Wassermann : négative.

Garde du 23 juin 1927 (n° 1975).

Antécédents. — 1914 : Accouchement normal. Enfant décédé à 6 mois de méningite.

1917 : Un avortement de 3 mois 1/2.

Troisième accouchement en... ? Normal. Fille décédée à deux mois de méningite.

Quatrième accouchement : normal. Enfant décédé à 1 mois de méningite.

1926 : Un accouchement normal. Enfant vivant actuellement bien portant.

Procréateur différent pour la dernière grossesse dont l'enfant est actuellement bien portant.

Grossesse actuelle. — Normale. A terme.

Admise à la salle de travail le 23 à 22 h. 30.

Présentation : Occipito-iliaque gauche antérieure.

Dilatation : 2 francs.

Dit avoir perdu les eaux depuis trois jours. Cependant, impression de membranes intactes.

Le 24 à 0 h. 45, les bruits du cœur sont bons à 4 h. 10. La femme fait des efforts expulsifs et pousse.

On voit un *siège* apparaître à la vulve.

Bruits du cœur non perçus, et tandis qu'on fait de l'expression abdominale, le siège décompleté se dégage spontanément. Anse au cordon. Plus de battements du cordon.

Terminaison rapide de l'accouchement. Enfant mort-né pesant 3.330 grammes.

Poids du placenta : 720 grammes.

Un circulaire lâche autour du cou.

Longueur du cordon : 64 centimètres.

En somme, conclusion en faveur du circulaire lâche, avec réserves concernant syphilis possible de la mère.

Réaction de Wassermann : négative.

Garde du 30 au 31 janvier 1924 (n° 144).

Primipare de 30 ans.

Grossesse normale à terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la présentation : Occipito-iliaque droite-postérieure.

Accouchement spontané le 31 à 5 h. 55.

Durée totale du travail : douze heures vingt-cinq.

Garçon mort-né n'ayant pu être ranimé.

Pesant 3.860 grammes.

Un circulaire cervical lâche.

Longueur du cordon : 65 centimètres.

Délivrance artificielle sept heures trente après l'accouchement.

Poids du délivre : 780 grammes.

En somme, en ce cas, si nous ne concluons pas formellement à la responsabilité du circulaire, c'est

à cause du peu de renseignements que nous possédons sur cet accouchement.

Garde du 8 décembre 1924 (n° 1660).

C'est aussi pour cette raison que nous ne concluons pas.

C. — Nous allons étudier maintenant *les cas où les circulaires du cordon nous semblent devoir être accusés formellement* :

Garde du 14 au 15 octobre 1924 (n° 1389).

Il s'agit d'une primipare âgée de 23 ans.

Grossesse normale. A terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la présentation : *Siège* en S.I.D.P.

Rupture de la poche des eaux le 14 à 11 heures.

Apparition des premières douleurs le 14 à 17 heures.

Dilatation complète : le 14 à 23 heures.

Terminaison de l'accouchement à 23 h. 30.

Siège décomplété mode des fesses, dégagé facilement en Sacro-transverse.

Dégagement de la tête facile.

Bruits du cœur modifiés quelques minutes avant la fin de l'accouchement.

Enfant mort-né pesant 3.000 grammes.

Un circulaire serré autour du cou.

Délivrance naturelle et complète.

Poids du délivre : 450 grammes.

En somme, il n'y a aucune autre raison possible d'expliquer la mort du fœtus.

Garde du 8 au 9 octobre 1924 (n° 1361).

Femme ayant eu 2 accouchements antérieurs.

Premier accouchement : mort-né.

Deuxième accouchement : enfant actuellement bien portant.

Grossesse actuelle : normale à terme. Bassin normal.

Diagnostic de la position : Occipito-iliaque gauche antérieure.

Apparition des premières douleurs le 8 à 11 heures.

Terminaison de l'accouchement : spontanée à 4 h. 25.

Cette femme a été amenée de ville où elle aurait subi plusieurs tentatives de forceps sans succès. Toujours est-il qu'à son arrivée à la salle de travail, la tête pendait à la vulve très cyanosée.

Un circulaire très serré autour du cou.

Il nous semble logique d'expliquer la mort de l'enfant par la strangulation du cordon serré autour du cou du fait de la tête à la vulve.

Garde du 23 mars 1926 (n° 393).

Il s'agit d'une primipare âgée de 22 ans.

Grossesse à terme. Normale.

Bassin normal.

Diagnostic de la position : Occipito-iliaque droite postérieure.

Apparition des premières douleurs : le 23 à 24 heures.

Rupture des membranes : spontanée le 24 à 8 heures.

Dilatation complète : le 24 à 10 h. 30.

A 13 h. 30, les bruits du cœur se ralentissent et deviennent sourds.

On décide d'intervenir : application de forceps Demelin qui ramène un enfant mort-né impossible à ranimer.

Poids de l'enfant : 2 350 grammes.

Poids du placenta : 580 grammes.

Enfant ayant 3 circulaires serrés autour du cou.

Cordon long et grêle. (80 centimètres).

Que la mort du fœtus soit due à la longueur de la période d'expulsion, ou à la strangulation par le cordon, cela n'a pas d'importance, car dans les deux cas, c'est ce dernier qui est à incriminer.

Garde du 10 au 11 septembre 1927 (n° 1572).

Femme âgée de 24 ans, ayant eu un avortement antérieur de 3 mois environ suivi de curetage.

Même procréateur.

Grossesse actuelle : normale a terme. Bassin normal.

Diagnostic de la position : Occipito-iliaque droite postérieure.

Apparition des premières douleurs : le 10 à 10 h. 30.

Rupture des membranes : le 9 à 5 heures.

Dilatation complète : le 10 à 21 heures.

Liquide teinté. Bruits du cœur, non perçus quelque temps avant l'accouchement.

Fatigue maternelle. — Température 38, 5.

On décide d'intervenir. — Application de forceps Tarnier sur sommet ayant tourné en Occipito-Sacrée.

Extraction d'un enfant mort de 3.100 grammes.

Un circulaire lâche autour du cou.

Longueur du cordon 55 centimètres.

Nous avons déjà vu l'influence des circulaires dans les occipito-iliaque-postérieures, et la non-rotation de la présentation qui se dégage en occipito-sacrée et il ne nous paraît pas exagéré de faire peser sur le circulaire une grande partie de la responsabilité de la mort de cet enfant.

Garde du 30 septembre 1927 (n° 1.649).

Femme âgée de 20 ans. Un avortement antérieur au terme de 2 mois environ.

Grossesse actuelle : normale. A terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la position : occipito-iliaque droite postérieure.

Apparition des premières douleurs : le 30 à 3 heures.

Rupture de la poche des eaux : précoce : le 29 à 23 heures.

Dilatation complète : le 30 à 17 h. 45.

A 20 h. 30, expulsion spontanée d'un enfant mort-né n'ayant fait aucune inspiration, et impossible à ranimer.

A 20 h. 20, dix minutes avant l'expulsion de la tête, les bruits du cœur étaient bons et n'ont été modifiés à aucun moment du travail. Le dégagement de la tête a duré sept minutes.

L'enfant avait deux circulaires autour du cou : un serré, un lâche.

Poids de l'enfant : 3.150 grammes.

Poids du placenta : 500 grammes.

Il nous semble que dans ce cas la responsabilité des circulaires s'impose.

Garde du 1^{er} au 2 octobre 1927

Femme âgée de 29 ans.

Un accouchement antérieur. Enfant vivant, mort depuis.

Grossesse actuelle : à terme.

Bassin normal.

Diagnostic de la position : occipito-iliaque gauche antérieure.

Apparition des premières douleurs : le 2 à 9 h. 30.

Rupture des membranes : précoce : le 2 à 9 h. 15. Liquide teinté.

Dilatation complète : à 10 h. 35.

A 10 h. 45, expulsion spontanée d'un enfant mort-né n'ayant pu être ranimé, après deux ou trois inspirations.

Poids de l'enfant : 3.500 grammes.

Poids du placenta : 700 grammes.

L'enfant présentait 4 circulaires très serrés, autour du cou sectionnés entre deux pinces.

Cette observation nous paraît également très probante.

Garde du 6 au 7 novembre 1927.

Primipare âgée de 27 ans.

Grossesse actuelle : actuellement à terme.

Plusieurs tentatives de versions par manœuvres externes à cause de présentation du *siège*. Toutes ces tentatives ont été infructueuses.

Bassin normal.

Diagnostic de la position : sacro-iliaque droite postérieure.

Apparition des premières douleurs : le 5 à 19 heures.

Le 6 novembre à midi : dilatation : 5 francs. Pose d'un ballon de Champetier de Ribes de 300 grammes intravaginal.

Dilatation complète et rupture artificielle des membranes le 6 à 17 h. 45.

A 18 h. 45 : grande extraction du siège décompleté mode des lesses, pour modification des bruits du cœur, arythmiques, très sourds et ralentis.

Extraction facile du siège en sacro-transverse par traction sur les plis inguinaux, facilitée par une épisiotomie latérale gauche. Abaissement facile des bras, relevés au cours de l'extraction du tronc.

Manœuvre de Mauriceau facile.

Extraction d'une fille née en état de mort apparente, forme blanche, n'ayant pu être ranimée après trente minutes des soins usuels.

Poids de l'enfant : 3 800 grammes.

Poids du placenta : 520 grammes.

Un circulaire lâche autour du cou.

Longueur du cordon : 65 centimètres.

Il semble que dans ce cas où l'extraction a été remarquablement facile, la mort de l'enfant doit être imputée au circulaire lâche du cordon.

En résumé, nous voyons que sur 23 cas d'enfants morts-nés porteurs de circulaires :

8 cas doivent être éliminés ;

7 cas sont hésitants ;

7 cas sont au contraire concluants.

DIAGNOSTIC DES CIRCULAIRES

Nous avons vu qu'il n'y a pas de signes de certitude, ni pendant la grossesse, ni pendant le travail.

Leur diagnostic ne pourra qu'être soupçonné parfois avant la sortie de l'enfant, par des signes de présomption.

PRONOSTIC DES CIRCULAIRES

Bénin pour la mère, nous avons vu qu'il était parfois fâcheux pour l'enfant

TRAITEMENT DES CIRCULAIRES

Pour les circulaires lâches, on fera glisser le cordon sur une épaule.

Pour les circulaires serrés, on essaiera d'en faire autant mais si on ne réussit pas, on sectionnera le cordon entre deux pinces.

En cas de complications, les interventions et les soins sont les mêmes que ceux de la souffrance fœtale, nous n'avons pas à les envisager ici.

CONCLUSIONS

Les circulaires du cordon sont très fréquents.

Leur diagnostic peut en être parfois ébauché avant la sortie de l'enfant, par des signes de présomption.

Conséquence d'un excès de longueur du cordon, ils peuvent produire la brièveté accidentelle de celui-ci.

Ils sont fréquents dans l'hydramnios.

Leur pronostic est souvent bénin, cependant ils peuvent engendrer :

- a) une présentation du siège irréductible.
- b) une gêne pour l'engagement de la tête première.
- c) de la lenteur du travail et de l'expulsion.
- d) une certaine fréquence de dégagement en occipito-sacrée pour les positions postérieures.
- e) parfois de la souffrance fœtale et même la mort du fœtus.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

